



# Santa Ynez Valley Charter School

3525 Pine Street, P.O. Box 59, Santa Ynez, CA 93460  
 Phone: 805-686-7360 • Fax: 805-686-7383  
 syvcs.org

## Authorization Form to Administer Medication For School Year \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ School Year \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

To: Parent/Guardian and Physician: If a medication must be taken during the school day or during a school sponsored overnight trip, it is necessary, in accordance with California Education Code 49423, to have a written statement on file. The statement must be signed by the parent/guardian and the physician indicating a desire that the designated school personnel assist the student with the medication administration. The authorization must be made annually and /or whenever a change occurs.

Education code requires that ALL medications, prescription and over-the-counter, must have a completed statement from BOTH the physician AND parent/guardian BEFORE they can be administered. Medication must be provided in the original container labeled with the student's name, medication name, dose/strength and specific administration directions. Over-the-counter medications must be in the original container and marked with the student's name.

### Parent/Guardian Authorization

As the parent/Guardian of the above-named child, I request that designated school personnel assist in the administration of medication prescribed by the physician. I give consent for the physician and designated school to communicate directly, regarding the administration of the medication. I understand it is my responsibility to bring all medication safely to the school and I agree to refill or replace medications as necessary. I understand that medication administration may be performed by unlicensed assistive personnel. I understand the medication will be stored in a locked area unless the physician indicates that my child is capable of carrying and self-administering it.

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

### Physician Authorization

I understand that all procedures will be implemented in accordance with state laws and regulations and that medication administration may be performed by unlicensed assistive personnel. State law delegates to each student's physician the decision whether medication, to include insulin, may safely and appropriately be administered by unlicensed assistive personnel or whether a student's needs can be met only by a licensed health care provider. Please place an "X" through any unused columns.

Name of Medication (s)			
Purpose of Medication			
Dose/Strength			
Medication form (liquid, tablet, inhaler, etc.)			
Route of Administration (oral, inhaled, injected, etc)			
Scheduled Administration time(s) or frequency if PRN			
Duration of need (if other than entire year)			
Precautions, instructions of adverse effects			
Can the student carry and self-administer medication?			
Physician Signature:	Date:		
Print Name:	Phone:		

**Forma de Autorización para Administrar Medicinas para el Año Escolar \_\_\_\_\_**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año Escolar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Para los Padres-Tutores y Doctor: Si se debe administrar una medicina durante el día escolar o durante un viaje nocturno de estudios patrocinado por la escuela, es necesario, de acuerdo con el **Código de Educación de California 49423**, tener una declaración escrita en el expediente. La declaración debe estar firmada por el padre-tutor y el Doctor, indicando el deseo de que el personal escolar designado asista al estudiante con la administración de la medicina. **La autorización debe hacerse anualmente y/o cuando ocurra un cambio.**

El código educativo requiere que **TODAS** las medicinas, **recetas y medicinas sin receta** deben tener una declaración **tanto del doctor como de padres/tutores ANTES** de que puedan ser administradas. La medicina debe proveerse en el contenedor original etiquetado con el nombre del estudiante, el nombre de la medicina, la dosis/concentración y las direcciones específicas de su administración. Las medicinas sin receta deben estar en su contenedor original y estar marcadas con el nombre del estudiante

**Autorización de los Padres/Tutores**

Como el padre/tutor del niño mencionado arriba, solicito que el personal escolar designado asista en la administración de la medicina recetada por el doctor. Doy mi consentimiento para que el doctor y la escuela designada se comuniquen directamente acerca de la administración de la medicina. Entiendo que es mi responsabilidad traer en forma segura todas las medicinas a la escuela y estoy de acuerdo en volver a llenar o reemplazar las medicinas conforme sea necesario. Entiendo que la administración de la medicina puede ser llevada a cabo por personal de asistencia sin licencia. Entiendo que las medicinas estarán guardadas en un área cerrada con llave, al menos que el doctor indique que mi niño es capaz de llevarla consigo y auto-administrarla.

**Autorización del Doctor**

Entiendo que todos los procedimientos se llevarán a cabo de acuerdo con las leyes y reglamentos del Estado y que la administración de la medicina puede ser llevada a cabo por personal de asistencia sin licencia. La ley del Estado delega al doctor de cada estudiante la decisión de que si la medicina, incluyendo insulina, pueda estar segura y apropiadamente administrada por personal de asistencia sin licencia o de que las necesidades del estudiante puedan satisfacerse solamente por medio de un proveedor con licencia de los cuidados de la salud. **Por favor coloque un "X" sobre cualquiera de las columnas no usadas.**

Nombre de la Medicina			
Propósito de la Medicina			
Dosis-Concentración			
Forma de la medicina: (Líquida, tableta, inhalador, etc.)			
Ruta de administración: (Oral, inhalada, inyectada, etc.)			
Veces de la administración programada, o frecuencia i si es conforme sea necesario			
Duración de la necesidad (Si es más de un año entero)			
Precauciones, instrucciones de efectos adversos			
¿Puede el estudiante llevar y auto-administrar la medicina?			
Firma del Doctor:		Fecha:	
Imprima el Nombre:		Teléfono:	